**Z názorů a připomínek nemocnic AČMN k materiálu VZP „Informace o strategii vyjednávání smluvních vztahů s poskytovateli“**

* O pediatrii nelze uvažovat odděleně od porodnice. Oddělení neonatologie nemůže podle současných požadavků existovat bez dětského lékaře (trvale přítomného). Bez neonatologie (a tudíž dětského oddělení) nemůže existovat gynekologie / porodnictví.

Gynekologie / porodnictví má být jedna na okres, dětské oddělení jedno na dva okresy. Co když splňuje gynekologie a nesplňuje pediatrie. To musí být vzájemně doladěno, jinak to nedává smysl.

* Při rušení porodnic a tím i novorozeneckých stanic a potažmo celého dětského oddělení v okresních nemocnicích dojde ke komplikaci léčky i pro ostatní oddělení a tím k postupné likvidaci celých ZZ. Pro neúplnou strukturu péče ZZ neudrží zdr. personál, o mladých lékařích ani nemluvě. Nahrazení DEO stacionářem je v našem případě nesmysl, při průměrné ošetřovací době čtyři a půl dne a 30% chirurgických pacientů.
* Zdůvodnění snahy o rušení malých porodnic je nižší erudovanost porodníků v malých nemocnicích z důvodu nižšího počtu porodů. To je však zavádějící, neboť počet porodů je nižší na nemocnici, nikoli na lékaře. I nejmenší porodnice mají 3 – 4 porodníky, kteří mnohdy rodí častěji, než porodníci v zařízeních s 5 a více tisíci porodů ročně.
* Mělo by se spíše přihlížet k počtům aktuálně hospitalizovaných dětí? V koncepci oboru pro akreditaci pro výuku jsou požadavky na akreditaci I. stupně počty hospitalizací 1000 přijatých dětí/rok. Pro akreditaci II. stupně 1500 přijatých dětí/rok 1500. Pokud vezmeme jen toto jediné kritérium – mnoho pediatrických pracovišť toto kritérium velmi bohatě splňuje.
* Na jedné straně je záměr rušit malé porodnice pro vykonstruovanou nedostatečnou kvalifikaci jejich porodníků a na druhé straně současně sám ministr Heger navrhuje budovat tzv. porodní domy bez lékařů, jen s porodními asistentkami. To může dopadnout tak, že z malé porodnice se vyženou lékaři a kvalifikované porodní asistentky, vystěhuje se přístrojové vybavení, porodnice se natře na růžovo a je z ní porodní dům. Který nebude mít dosavadních 450 nebo 490 porodů ročně, ale jen 20 – 30 ročně. Protože se tam maminky budou bát rodit.
* V naší malé porodnici úmrtí při porodu naštěstí nemáme, ale pokud budou rodičky jezdit dalších 50minut do nejbližší porodnice, budou rodit na cestě nebo je zde budou muset rodit "chirurgové" na ambulanci bez náležité erudice, pak ty úmrtí a poškození hrozí!!!
* Při zrušení porodnice je nutno počítat s nárůstem porodů v té zbývající porodnici na dvojnásobek, jelikož v každém okrese je minimálně 1000-1200 porodů ročně. Takto by se zbylá porodnice dostala na číslo mezi 2000-2500 porodů za rok.

Existují v ČR porodnice, které jsou schopny po prostorové, organizační a hlavně personální stránce zdvojnásobit kapacitu? Nelze předpokládat ani přesun veškerého personálu do tohoto zařízení.

Úspora v redukci těchto zařízení by předpokládala výstavbu nových porodnic s adekvátní kapacitou a následné velmi složité zajištění personální. Existuje kalkulace – studie, která by toto měla vyčísleno?

* V dispozičních požadavcích pro obor gynekologickoporodnický je uvedeno 2 operační sály a porodní sál. Co si pod tímto představit je nejasné - počet porodních sálů není specifikován (bude stanoveno na kolik porodů 1 porodní sál?), pod pojmem operační sál – rozumí se i zákrokový sálek (některá oddělení provádějí tzv. malé výkony na velkém sále, který je jejich vlastní) nebo jak budou počítány centrální sály - jejich kapacita ve vztahu k jednotlivým oddělením. Bude požadavek na samostatný operační sál pro císařské řezy? Při počtu porodů nad 2000 již musí být k dispozici sál kdykoliv po celých 24 hodin (myšleno okamžitě a nikoliv až se dokončí jiná probíhající operace).
* Podle dostupných informací získaných z více zdrojů oficiální stanovisko pediatrické společnosti vůbec nebylo vydáno a VZP vychází jen ze stanoviska jejího předsedy.
* Restrukturalizace lůžek vůbec nezohledňuje stávající výchozí stav a opatření provedená v minulých letech. Srovnávat by se mělo i dle nákladů na péči na 1 pojištěnce v rámci jednotlivých krajů. Bylo by dobře přestat do médií lhát a říci rovnou, že cílem je péči zrušit, omezit a následně tu lukrativní obnovit v soukromých spřátelených zařízeních.
* Co se ortopedie týká, tak jsou v daném materiálu uvedeny 2 rozdílné hodnoty - na prezentaci slide č. 3 jsou uvedeny hodnoty klíčových výkonů - kyčle min. 200, kolena min.100, revize min.30/rok. Na druhé prezentaci na slide č. 14 Ortopedie - se uvádí 2 typy pracoviště - typ A (100kyčlí, 60kolen, 20 revizí/rok) a typ B (200kyčlí, 100 kolen, 30 revizí). Není jasné, co tedy má platit? Ta druhá verze už je logičtější. Spádová oblast 150 tis. obyvatel je trošku hodně. Požadavky na vlastní lůžka ortopedie, když je trend a snahy dělat společné lůžkové fondy operačních oborů,  jsou rovněž trochu zavádějící.
* Kritérium "počet lůžek" je jen administrativní číslo. Pokud se platí a bude platit dle DRG za výkony, pak se platí jen obsazená lůžka a výkony. Je pak na zřizovateli a na ZP, zda dokáží udržet dostupnou péči, levnou anebo ji financovat z jiných činností či oddělení toho kterého ZZ.
* Nejsou k dispozici stanoviska jednotlivých  odborných společností.
* Není definován nižší a vyšší stupeň intenzívní péče, jednodenní péče či denní stacionární péče.
* Pro obor urologie jsou parametry likvidační. Chybí stanovisko odborné společnosti. Jsme jediná nemocnice s urologickou péči na celém okrese.
* Pro akreditace laboratoří nejsou jasně stanovena pravidla uznávání akreditací VZP v průběhu postupujících akreditačních procesů, nebyl dán žádný časový prostor na provedení akreditačních procesů. Akreditaci přitom žádný právní předpis neukládá, je to věc dobrovolná i podle právních předpisů připravovaných MZ.
* Operuje se vyhláškou 221/2010 Sb., o věcném a technickém vybavení, tato ale novelizována 234/2011 s účinností od 1.1.2013. Zdravotní pojišťovny nemohou vyžadovat plnění právních předpisů dříve než sám tento předpis.